

川崎医学会25周年記念講演会「21世紀の医療と医学への期待」

柳 田 邦 男

は じ め に

これからの医療と医学への期待ということで、少しお話をしたいと思っております。私は作家ですから、医学の専門家ではないので、話はどちらかというと文学的な話になるかと思います。

川崎医大には10年程前に伺ったことがあります。第18回日本救急医学会総会がこちらでございまして、その時の大会長をこちらの小濱啓次教授がなさった。救急医学関係とも私はつきあいが長かったものですから、招かれて特別講演をしました。その時私は「命を救うとはなんだろうか」ということを私なりの考えでお話ししたんですけれど、今日はそれから10年たってしばらくぶりに参りましたらこの周辺、様変わりするくらい、いろいろ建物も増えたとし、道路事情も変わったし、また何より印象的だったのは、ドクターヘリが鎮座ましましています。これは小濱先生が10年以上前から、本当の救急医療というのはヘリを動員しなければダメなんだと力説されてきまして、やっといま厚生労働省が試験研究という形で、ここと東海大学の2カ所に配置したわけです。日本のドクターヘリ配置の立ち後れの中で、一所懸命小濱先生が努力されてきたことをずっと見てまいりまして、感慨深いものがございました。

IT化と人間形成の危機

今日は、これからの21世紀の医療と医学への期待というテーマをめぐって、医療者のあり方という面からいくつか問題を掲げて話していきたいと思います。最近東京のある医学部の教授

から聴いたんですが、最近の学生は授業中に私語が多いとよく聴きますけれど、私語どころか最近では女子大生が授業中に突如ごそごそハンドバックから何かを出して、何をするのかと思ったらマニキュアの塗り直しを始めたとか、養老孟司先生から聴いたのはもっとびっくりすることがあって、大教室の授業中に後ろの方で突然すね毛を剃り始めた学生がいたというのです。それは特殊なことなのかどうか、養老学説によると、私も共感するんですが、これはまさにテレビ時代の落とし子ではないかと。いま二十歳前後の学生が、生まれ育ったのは80年前後ですね、さらに、いま中学生、高校生ぐらいの生徒たちですと80年代半ば過ぎから90年代に入ってからです。そういう若い世代というのは生まれたときから家の中にテレビがありビデオがあった。最近ではパソコンがある。つまり映像中心の情報環境にどっぷりと浸かって育った。家でソファに寝そべって、スナックをボリボリやったり、カンチュウハイやったりしながら、夜中にビデオなんか見てる。それが脳みそに生活習慣としてしみこんでしまっている。映像文化はほとんどバーチャルな世界です。しかし、成長期のやわらかい脳が一日のうちの非常に長い時間、バーチャルな世界にひたっていると、バーチャルな世界が現実と錯覚されるようになり、現実とバーチャルの区別がつかなくなってくる。その結果、教室に行っても、そこに生身の教授がいてその話を聴くというのではなく、テレビやビデオをみてソファで寝そべって聴いてる感覚の延長線上で、登校し教室に入るものだから、講義があっても、ソファでスナック食べながらマニキュアを塗ることだって、堂々としてできるというわけです。

今パソコンが普及しインターネットが普及して、小学生でもどんどんそういうところから情報を取り入れて楽しんだりしてます。ネット社会というのは急速に到来して、最近の17歳凶悪事件をはじめいろんな事件を見ますと、彼らはパソコンの伝言板などを使ってのやりとりがすごいですね。そして、小学生でも中学生でもネットを使うときは、お互いに顔を見て話すときや友達関係の中で話すときには使わないようなひどい言葉とか、罵詈雑言とか、すさまじい言葉が飛びかっている。そういうバーチャルな世界でのコミュニケーションというのは、相手を殺そうが何をしようが、自分は全く心に痛みを感じない世界なんですね。相手の人間と自分との関係性が普通ではなくなっている。相手が生きた人間であり、個性をもち、感情をもって自分と同じように喜んだり悲しんだりするという感覚ではない。一時流行ったたまごっちのように、リセットすれば、画面上で育ててきた動物でも人間でも、いつでも消せる、好きなように育てられるし殺すこともできる。そういうような関係性の中でゆがんだ人間関係というのが、頭の中であたりまえになってくる。だからバスジャック事件の少年でも東京近郊でありました電車内で意味もなく乗客の頭をハンマーで殴った少年にしても、そこにいる相手の人間が痛いとか悲しいとか辛いとか苦しいとか、そういう感覚は全くなく、それをやってみたくとか事前にホームページで俺はそういうことをやると堂々と発信する。東京近郊の事件の場合は、少年が実行する前にそういうことをネットの伝言板に宣言すると、それに対して別の人物から伝言板にけしかけたり罵倒したりするメッセージが入ってる。犯行に至る前に、パソコン上でいろんな事態が進展しているんですね。

そういう時代になってきているんですけど、何でこんなことを話しているかというと、私は40年程社会的な事件や人の命の問題を取材者として見て、いろんな表現活動をしてきましたけれど、事件というのはその社会の時代的な特質、文化的な特質の投影であると捉えているからで

す。特に少年事件というのは、まさに時代の文化の反映として見ることはできるのではないかなと思っています。最近フランスの哲学者ピエール・ルジャンドル氏が朝日新聞（2000年5月12日東京版）で発言していましたけれど、少年問題は日本だけではなくて先進国の物質的に豊かになり自由主義が浸透した社会に共通していて、産業化と親の子育て能力の低下により子供の人格形成、人間形成感覚が急速に崩壊していることを論じています。この問題は、世の東西に関係なく高度な脱工業化社会、情報化社会の中での共通の問題ではないかと私は考えているのです。その問題は、21世紀のこれからの医療のありかたを考える上で無縁ではなからうと思うんです。

言葉喪失の危機

大阪に医療相談の窓口を開いているコムル（ささえあい医療人権センターCOML）という市民グループがあります。コムルはいろんな医療相談を受けているんですけど、その中で次のような苦情が多いというのです。外来で診療を受けたけれど医師が一度も顔を見てくれなかった。医師はカルテを見て、検査データを見て、パソコンを見て、壁を見て、それで「お薬出しましょう」といって、一度も目をあわすことなく診療が終わって「はい、次」ということになった。どうも信頼感がない。いったいここで受診を続けていいんだろうか、というのです。しかもそういう相談が、1人ならずかなり多いというのです。

その話を聞いて、この問題は決して特異な例外的なことではなく、今の時代の傾向ではないかと、私は感じました。極端な場合ですと患者を間違えて治療を施してしまうことさえある。福島であったことですが、産婦人科の外来で定期検診を受けに来て待っていた、子供を生むのを楽しみにしていた女性が名前を呼ばれて入ったら、問診もなく看護婦に案内され手術台にのせられた。変だなと思っていると、医師が来て

会話もなく中絶させられてしまった。当然大騒ぎになったのですが、この間違いの原因は、看護婦が中絶を受ける予定の山田花子さん（仮名）を姓だけで「山田さん」と呼んだところ、本人はトイレに行っていていなかった。順番が後の山田和恵さん（仮名）が自分のことだと思って、「ハーイ」と返事をして診察室に入ってしまった。看護婦も医師も、フルネームで患者を確認せず、問診もしないで、今日の状態や気持ちを聞くこともなく、いきなり手術をしてしまったのです。こういうことを話しますと、皆様はおそらくうとうしい気分になってくるかもしれません。そういうなかで、「これからの医学医療への期待」というテーマに関して何を語るべきなのか、おそらく21世紀の医療は今までは想像つかなかった方向に進んでいくと思います。確かにそれは多くの福音をもたらすだろうと思います。特に遺伝子レベルでの病気の原因の解明とそれに対する治療法の開発というのはかなり進むと思います。それ以外でも様々な分野の治療法が進むと思うんです。私は医学の専門ではありませんから、医学医療の発展について詳しい予測をたてたり論じたりすることはできませんけれど、ただ医学医療がどんなふうに進んでも、どんな事態が起こってもその大事なことを忘れてはいけないのではないか、今ネット社会が進む中で非常に、便利に情報が入るようになりました。教育分野でも、これからは小学校でもインターネットが使えるようにしようという文部科学省の教育方針がでています。これからは家にいながらして世界中から商品を買えるということも可能になってくる。しかし文明の利器というものは、いつも得るものがあると失うものがある。これから科学的・技術的な面で急速に進む医学医療の分野においても確かに得るものはあるでしょうが、しかし、その中で丁度ネット社会が人々の感覚や思考をバーチャルな世界にどんどん引き込んでいくのと同じように、手離して喜んでばかり入れられない問題、つまり「負」の側面、あるいは「失う」側面が増強されたり新たに生じたりするおそれがありま

す。そういう「負」の側面、「失う」側面を、どうやって取り戻したり、もう一度手の内にしかりともてるようにするのか、そういう角度からこれからの医学医療の問題を考える必要があるのではないか、それは優れて医療者のあり方、医療者は何を考え何を追求していくのかということでもあると思うんです。

医療者に望む6条件

今日は6つほど話してみたいと思っております。

・第1は、命の質を考えようとする医療者になってほしいということ。

・第2は、患者と会話しようとする医療者になってほしいということ。

・第3は、患者の言葉の意味を深く考えようとする医療者になってほしいということ。

・第4は、患者が人生の中で大事にしているものに気付こうとする医療者になってほしいということ。

・第5は、患者の人間像をしっかりとらえ、しかもそれを記録に表現しようとする医療者になってほしいということ。

・第6は、患者・家族を支援する周辺システムを考えようとする医療者になってほしいということ。これら6つについて話してみようと思っています。

私は物書きを職業としていることから、いろんな小説はもとよりノンフィクションのドキュメントや体験記などを長いこと読んできました。そういうなかで、闘病記というものが現代人の大事な表現活動の一つになっていると思うようになりました。かつては戦争体験記とかが戦後四半世紀の間、盛んに書かれ、東京大空襲の記録などが編集されましたけれども、戦争の時代が遠くなって、安定した社会が来ると、その中で自分の人生や命が危機に直面し、その大切さを切実に感じるのは、病気であったり死であったりするようになりました。70年代の半ば頃からしきりに闘病記が書かれて市販され、あるい

は私家版で書かれるというような時代がやってきまして、闘病記の数は大変なものです。私はそういう闘病記というものを四半世紀ぐらい読んできました。そして、私が読むということを通して人生や生と死、というものを知ることができた人々は1000人を下らないと思っています。本当に人様々個性を持った、生活や人生を送っているんだなということを痛感するんです。そういう闘病記の中でも優れたものを時折読み返すといろいろと新しい発見があったり、あるいは味わいがまたひときわ深く感じられるようになったりする。

最近もある終末期医療の文章を書く必要があって、いくつか読み返したんですが、例えば昭和40年、1965年に食道癌でなくなられた詩人で小説家の高見順さんの闘病日記と詩集『死の淵より』を読み返してみてもいろんなことを考えました。高見さんは、癌を患って2年足らずで亡くなりましたけれども、当時1960年代ですから痛みの治療とか緩和ケアの治療とかそういうものはまだ方法論もしっかりしていなかった。癌の治療そのものも今の水準に比べればかなりまだまだという時代でした。食道癌というのは非常に厳しい癌です。手術も大変です。その後も何度もあちこちに転移しては手術を繰り返す。その闘病記を読みますと、痛み苦しみのことが繰り返し繰り返し何度も書かれています。最後は昭和40年の8月に亡くなりますけれど、その年のはじめ1月2日、新年早々に書き出した中にこんな言葉があります。

〈死の問題は私にとって人生の、今まで私の生きてきた人生の問題である。死の問題という、それだけ切り放して考えられる問題ではない。それは(中略)私がこの人生を捧げた文学の問題でもあるということだ〉

と、このように書きながら苦悩する自分を表現しているんですけど、2月になりますと、

〈人間はどうして死ぬときに苦しまねばならないのか。安楽死がどうして許されないのか。〉

とかですね、6月になってきますと、

〈私に生を感じさせるのは、朝5時頃から9時

までだ。9時、点滴。9時半注入をはじめたら、腹痛。痛みどめ注射。今日からまた点滴でブドウ糖のほか血清注射。この時間がながびいて、身動きがならず、背中をもんでもらうわけにいかず、注射(痛みどめ)はあまりきかず…。あんなにたまるおもしろい。〉

とかですね、こういうのが延々書いてあるのです。こういうことを今それからもう35年たっているのでしょうか、現代の医療水準で考えますと、最近急速に普及しつつある緩和ケアの方法を使えば、高見さんをこんなにまで痛み、苦しみ、悶え、のたうち回るような状態にすることはなかったんじゃないかと思う点がたくさんあります。もちろんその痛み故に高見さんならではの文学的な作品を生んでいます。例えば、詩集『死の淵より』に「魂よ」という詩があります。その一部を読みますと、

〈おまえは食道がガンになっても／(おまえというのは魂のことですね)ガンからも元来まぬかれている／魂とは全く結構な身分だ(中略)／魂よ／おまえの言葉より食道の行為のほうが私には貴重なのだ／口さきばかりの魂をひとつひとつとらえて／行為だけの世界に連れて来たい／そして魂をガンにして苦しめてやりたい／そのとき口の達者な魂ははたしてなんと言うだろう〉

とシニカルな、しかし奥深いことを詠んでいます。あるいは「老いたヒトデ」という詩は、

〈踏みつぶすのも気持ちが悪い／海へ投げかえそうとおっしゃる／その慈悲深い侮蔑がたまらない／一時は海の星と謳われたあたしだ(中略)／炎天の砂浜で／のたうち廻る苦しみのなかで／往年の栄光を思い出しながら／あたしはあたしの瀕死を迎えたい〉

と、こういう様々な詩を生み出しているわけですが、これらの詩を生み出した文学的営みの背景にあるのは、本当にのたうちまわるような痛みであり苦しみでした。逆説的にいえば、文学作品を生む原動力というのは、限界状況であったり、逆境におかれるとか、痛み苦しむとか、そういうものの中から芸術的な言葉なり文学的

な表現が生み出されてくるのではないかと思うのです。失礼な言い方ですけど、高見さんは苦しんだが故にみごとな文学作品を書いた。しかし、医療のあり方としては、そういう苦しみの文学を生み出すのは水準の低さ以外の何ものでもないわけです。

当時の医療に比べ、今日の緩和医療の進歩はすばらしいと思います。例えば、私の知り合いだった評論家の山本七平さんは、東京のある総合病院で、膵臓ガンが胆道に転移して、すごい痛みだったのに痛み止めをしてもらえなかった。ところが周りで、その病院をやめてこちらの病院へ行ってみたらとすすめられ、国立がんセンターへ転院して、即日硬膜外麻酔をしたら、ケロッと痛みが消えた。後にエッセイで、「地獄から天国へきた」と書いています。その後、MS コンチンを使って自宅で療養することができたものですから、「私はこれから MS コンチン教を始める」と書いておられました。それくらい緩和ケア、とくに痛み止めの治療は80年代半ば過ぎから90年代にかけて大きく変わりました。

QOL の核心

そういう中で、第1の命の質を考えようとする医療者になってほしいというのはどういうことかという、次のように言えると思います。現段階でも手にしている医療の様々な技術を患者さんに適用する場合、それを適用することが患者さんの人生や生活にとってどういう意味を持つのか、どういう効果を持つのかということ、患者ひとりひとりのニーズをしっかりと見つめて、評価するということがとても大事だということです。本来、医療とはそういうものだと思うんです。現代の医学あるいは医療というのは、往々にして均一に患者に適用しようとする傾向があります。

こういう例があります。3年程前に私はたまたま知ったんですけど、東京で、ある大学病院に入っておられた町工場のご主人、葛山荘二

郎さんという方がおられた。67歳でした。肺癌が鎖骨やあちこちに転移したりして、非常に辛い状態におかれて、あんまり先は長くないという状況になっておられた。ところがドクターがほとんど事情説明もしないで、ルーティンな、つまりおきまりの標準的な対応をしているだけだった。そこで葛山さんが何でこんなに背中が痛い、何でこんなに首が痛い、もう俺は我慢できないと言って、医師に訴えても、医師はそれは歳だから、そこは我慢してとかいう対応しかなかったのです。本人は疑心暗鬼、気持ちは荒れてくる、家族関係もギスギスしてくる、そういう中で奥様はたまたま新聞で在宅で末期ガンの患者さんのケアをできるケースも多く、そういう在宅ホスピスケアに取り組んでいる医師がいることを知った。思い切ってその医師の所に相談に行ったら、往診できる範囲内だったので、「引き受けましょう」と言われた。奥様はご主人を退院させて自宅へ連れて帰られたんです。暮れのことでした。在宅ケアの医師が最初の往診のときにまず聞いたのは、「今一番気になること、心配なことは何ですか」ということでした。そうしたら葛山さんは「いったいこの痛みは何ですか」と聞いたわけです。その医師は、「ご主人、癌がここまで進んでしまうと、すべては癌に根本的な原因があると思わなければなりません。そのことをまず知ることが大事です」と、率直に骨転移の痛みを告知しました。もちろんその痛みはMS コンチンで抑えられたことも説明しました。ご主人は下町の工場主で、竹を割ったような性格ということもあって、「わかった。ありがとう。よく言ってくれた。じゃあ俺はあと何日生きられるんだ」と、聞いたわけです。葛飾区の商店街に近い桜並木にご自宅がありまして窓から桜並木が見える。そこは長年工場を経営してきた所なので、窓から見える眺めが好きなんです。その時は12月の後半でした。「桜が見られるといいですね」。東京の桜が咲くのは3月末から4月のはじめです。とてもそれまではもちそうもない。「だけど桜は無理かな。梅の花が見られたらいいですね。だ

けどご主人、世の中ウメー話ばかりはないんですよ」と言ったんですね、するとご主人は「よく言ってくれた、わかった今日は告知記念日だ。おまえ酒もってこい」と奥様に言いました。それから家族ぐるみで小学生のお孫さんも加えて、毎日あたたかくケアをしました。MS コンチンで痛みはなくなりましたから、葛山さんの気持ちもおだやかになった。MS コンチンは結構便秘をしますから、緩下剤を使っても結構排便時間がかかる、特にお年をとってずっと寝ているので、腸の機能もあまりよくなくて、毎朝排便が大仕事になる。ポータブルトイレをベットのサイドに持ってきてやっていると、小学生のお孫さんがはじめは「おじいちゃん、臭い、いやだ」と言っていたのが、そのうち「おじいちゃん、がんばれ」とか、うまくいくと「おじいちゃん、今日はいいのが出たね」とか言って拍手したりと、家族の輪ができました。葛山さんも、そのあったかみをとてとても気に入って、「俺は幸せだ、俺は幸せだ」と言うようになった。そして家族のあったかい雰囲気の中で正月を過ごし、わずか3週間でしたけれど、だんだん幼い子のように静かに旅立ちました。その3週間というのは葛山さんにとって非常に貴重な時間だったと思います。人生の最後の日々を、のどかなあったかい家族の介護の中で、過ごすことができたわけです。後で奥様は在宅ホスピスケアのフォーラムですばらしい報告をしました。普段文章を書いたり手紙を書いたりすることもなかったという奥様が、徹夜で200字詰め原稿用紙で30枚もの在宅での看取りの体験を書いてきて発表したのですが、その最後を「主人は桜は見られなかったけれど、私たちに心の花を残してくれました」と結んだのです。この言葉を聞いて私は本当に素晴らしいなと思いました。そういうことは、先程言った命の質、医学用語で言うと Quality of life を考えるときに、とても大事な問題ではないかと思うんですね。Quality of life (QOL) という用語は、70年代に欧米で発想が出て、患者の Quality of life を評価するいろんな項目、例えば、夜寝付きが悪いとか悪

夢を見るとか、あるいは気力が出ないとか、いろんな項目を30とか70とかたてて、患者さんにインタビューしてアンケートをとって、この治療によって、患者の QOL はどれ程よくなったか、あるいは悪くなったかということの評価できるようにした。例えば高血圧患者にある降圧剤を投与した場合、確かに血圧は下がったけれど QOL は悪くなったが、別の降圧剤は QOL を下げないといったことを評価することができるわけです。そういう科学的な評価、数量的な評価はとても大事なことです。ですが、医療者側が QOL 評価というのを客観的、学問的な見方だけで測っていると、あらゆる患者に対して、各項目一つ一つのウエイトづけを均一化して見るだけで終わってしまう。ある人は眠れないことよりも、昼間何かをできる状態を何よりも優先するかもしれない。一般化された評価法では、その人にとって一番大事なものは何なんだろうかと、という視点が欠けてしまう。例えば、病院に入院して、いろんなストレスがあったり家族関係が冷却していくような状態になってしまったら、いくら身体的な QOL を維持しても、その人の人生の最後の1か月間なり3週間というのは意味のないものになってしまいかねない。病院医療の標準的な考え方からは、在宅というのは相対的にレベルが落ちるとみられがちです。病院の方が機器がそろっているし、薬の使い方もダイナミックに対応するし、完璧だと考えられがちです。でも、葛山さんの場合をみると、在宅に戻って治療的なことはいくつかやらないことはあったけれど、しかし痛みどめは MS コンチンで十分できたし、とりわけ大事なことは人生の締めくくりの最も大事な時期に、旅行く者も残される者も納得できるような時間を持つことができたということ。これは Quality of life を考える上で非常に重要なことです。それは単なる QOL の一項目ではなく、命の質と言うべきものではないかと、私は思います。その人の人生の質、生き甲斐、何らかの達成感、そういったものが濃密に関係してくる問題だと思うんです。そういうことに目を行き届

かせる、あるいはそういうものについて考えようとする医療者の姿勢は、これから技術がどんどん進む中でますます大事なことだと思います。もちろん医学の学術的な進歩というのは、例えば痛み止め一つにしても、化学や薬理学や免疫学などに裏づけられた研究によって新薬の開発もあるのですからそれはそれで大事なことです。それを否定するものではないんです。ただ学問的一般性だけで満足してはいけないというのが、QOLの重要な視点だと思うのです。

会話の重要性

第2に、患者と会話しようとする医療者になってほしいということですけれど、これは先程コムル（COML）のアンケートにも出てきましたように、医療者が患者と普通の会話をするのが少なくなってきた、医学的な会話、データをめぐる会話しかなくなっている傾向が強い。とくに最近は検査技術が発達し、あるいは画像診断なども発達して、そういうデータを見て臓器や疾患についての情報をたくさん得られる分だけ、通常の会話というのが欠落してしまう傾向があります。医療現場を取材したり、患者サイドの話を聞いていると、そこが大事なところだと思うんです。

例えば私が最近数年かけて取材し書き上げた『脳治療革命の朝』というドキュメントで取り上げた救命救急医療における脳低温療法の現場での話があります。ある患者に脳低温療法という最先端の技術を適用して救命すれば、それでも医療者の役割は完全かという、そうではない。救急医療の現場、救命センターの現場において何が起きているかという、そこでは患者が「生と死」の境目にあってどっちに転ぶかわからないような中で、医療者は当然技術を動員して全力を尽くします。待機している家族は、患者がどうなっているのかわからない、いったいどうなっているんだろう、生きるのか死ぬのか、助かるのかどうか、と大変切羽詰まった状況に置かれている。それを放っておいてテク

ニカルな医療の実践だけやっているといいのかもしれない、そうではない。これはある大学病院の救命センターでのことですが、だめかもしれないと絶望的な気持ちになっている家族に対して、婦長さんが説明に出てきて、現状を報告してから、「まだ助からないと決まったわけではないんですよ。私たちががんばりますからね、私たちががんばりますからね」と声かけたんですね。そこで家族がハッと我に返って「そうだお父さんは死んだ訳ではないんだ、ダメだと決まったわけではないんだ。しっかりしてできるだけのことをやらなければ」と気持ちを立て直して、それから長く続くケア、介護に関わっていったわけです。婦長さんの言葉に支えられた家族が今度は必死になって毎日午後の1時間と夕方の1時間、面会の許される時間にICUに入って言葉かけをしたり、体をさすったりした。そういう家族の姿を見ることによって医療者も家族と一緒にの気持ちになって、共にがんばっていかねければと、治療に専念し最大限の努力をする。そういう患者・家族と医療者の気持ちの絡み合いがとても大事です。

言葉というものは、あの一言で救われた、あの一言で立ち直ったという力を持つ反面、逆にあの一言が許せないとか、あの一言で心に傷を負った、ということもあるわけです。よく言われることですが、医療事故があったときに、医療訴訟に持ちこまれる事例の半分は人格裁判になっている。損害賠償請求の裁判なんだけれど、内容はあのときの対応の仕方とかあのときの説明の不明朗さとか、あのとき隠し事をしたとか、そういうことに対する人格攻撃、人格を詰問する場としての裁判が非常に多い。それは取りも直さず、医療者と患者家族とのコミュニケーション、あるいは言葉がいかに大事かということを示すものです。

医療事故の場面だけでなく、患者が癌の末期等で死に近いことを意識しているときの会話というのは難しいと思います。私の知っている限りでは、多くの医療者は死にいく人と会話がにが手にみえます。自分の心の中に事態の厳しい

患者に対する心構えなり準備がなくて、できるだけ逃げようしたり、避けようしたり、あるいは中途半端な会話をする。例えば患者が、「私はもうダメなんじゃないでしょうか。もう死ぬかもしれませんね」などと言うと、実際そうであっても、医師は「そんなことはないですよ。まだまだ大丈夫ですからがんばりましょう」などと言う例が多いんです。これは本当の意味での会話になってないんですね。「私はダメかもしれない」と言う言葉の中には、自分の人生が最後を迎えつつある、どうしたら自分は納得して死を受け入れられるのか、残された日々をどの様に生きたらいいのか、といった様々な問題に答えを見出せないで葛藤する心、苦悶する心、それが「私はダメかもしれない」といった言葉で表現されていることが多いんですね。それに対してただ「そんなことはないですよ。がんばりましょう」とか、「そんな後ろ向きになってはいけませんよ」と言うのは問題を外してしまうことになりかねない。

死にゆく人と向き合う

私が尊敬するホスピス医の山崎章郎先生が患者さんとの交流のエッセイや終末期医療の本を書いておられますが、ある本でこんなエピソードを紹介しておられました。直接話も伺ったんですけれど、ある時とても深く考える患者さんが、こういうふうに見えたそうです。「先生は死後の世界を信じますか？死後の世界はあると思いますか？」と。一番困る質問の一つだと思います。多くの医師や看護婦さんは、これにはなかなか答えられない。山崎先生はクリスチャンでも仏教徒でもないんです。だけど非常に熱心に人の生と死に関わってきて、既に500人ぐらい看取ったとおっしゃっていました。この時も率直に「私にはわかりません。わからないけど、今まで亡くなったいろいろな人とおつきあいしてきた経験から、あの世はあるような気がしています。だけど確証はつかめないんです」とおっしゃったんです。患者の質問から逃げな

いで自分の思っていることも、素直な気持ちで表現する。そうするとその患者さんが逆に、「私はあると思うんです」とおっしゃった。その方は男性でした。中年の立派な仕事を持っておられた方でした。「本当ですか」と、今度は逆に山崎さんが聞き返した。自分で答えを持っていないときは逆に率直に聞いていく。患者さんに逆に聞く立場になる。そうすると話が深まっていく。患者さんが「私は死後の世界があると思います」と言うので、「ほんとですか？何か証拠があるんですか」と聞き返したんですね。するとその患者さんは、「風もないのにろうそくの炎が揺れたらそれは私からのメッセージだと思って下さい」と言われたんですね。山崎先生は「そうですか、じゃあこれからはろうそくの火をしっかりと見るようにします」と答えられた。山崎先生の誠実な対応に、その患者さんは納得する表情をされて、まもなく亡くなったんですが、ホスピスケアは普通の病院と違って、患者さんが亡くなった後も、家族と医療者のおつき合いが続くんですね。家族の会もあります。しばらくして奥様がホスピスを訪ねて山崎医師に聞かれた。「先生の所はろうそくの火揺れましたか？」と。「いやー、注意して見てるんですけど、揺れないんですよ」と山崎医師はとまどう。すると奥様が「本当にもう49日にもなったのに、まだ揺れないんです」と言う。普通そこで会話が終わり、「なんだ揺れないじゃないか。あの世からのメッセージなんかあり得ない」とか、「揺れっこないよな」とか、「いや揺れたのは風のせいだ」とか、いろいろ常識的に考えるわけです。何事につけ科学的でないと気がすまない人は、あの世からのメッセージで「どうして炎が揺れるんだ。証明しろ」などと言って、物理学や化学による証明を求める。人間のいのちの精神性を見る眼は、そういう証明の世界ではないんです。山崎先生はこうおっしゃっている。「今揺れるかと思って、ろうそくの炎を見ている家族そして自分、その心の中に彼が生きているということに気がついた」と。彼の心が自分の心の中で生き続けている。あるいは彼の

心を自分が受け継いでいるというわけです。家族にとっては、それはもっと重要なことで、愛する人が死んだ後、その人のことをいつまでも思い、そしてろうそくの炎を見ることによって、彼との会話を無意識のうちにしている。そのことがとても大事なんだと、山崎先生はおっしゃっているのです。科学的に証明する必要がある次元の問題ではないのです。心とか魂というのは、そういう次元の問題ではない。炎は揺れないけれど、それを見てる自分の心の中にある彼の残像というものを考える。そこまで深く考えるというのは、できるようでなかなかできないものです。そういう感性と思索力を持つように心掛けることが、本当の意味で患者と会話しようとする医療者のあり方なのではなかろうかと思うのです。

子 供 と 死

もう一つエピソードを紹介してみようと思います。スライドをお願いします。

東京の聖路加国際病院の小児病棟での話ですが、ある時、救急入院してきた2歳8カ月の良太君という男の子が、インフルエンザ脳症であれよあれよという間に意識を失い、脳死状態に入ってしまった。小児科の細谷亮太先生がそのお母さんから相談を受けました。良太君には8才のお姉ちゃんの由加ちゃんと6才のお兄ちゃんの康平君がいました。今大事な弟の死が避けられなくなっている。由加ちゃんと康平君はそれを十分に受け止められないし、理解できていない。どうしたらいいのでしょうか。兄弟の死、大事な人の死というのをどう受けとめさせたらいいのか。普通だったら子供にはわからないよと程々に放っておくわけですが、このお母さんは真剣に悩んで細谷先生に相談された。細谷先生も困ったわけです。どうしたものかと。でも小児科の先生ならではの経験から、子供でもきくと話せばわかるに違いないと考えたわけです。とくに6才の康平君の方がよく事態がわからなくて、はしゃいだり、家からおもちゃや絵本を

持ってきては、康平君に「遊ぼうよ」と呼びかけたりしている。十分に死というものを受け止められないでいるのです。細谷先生は考えた末に、一冊の絵本を持ってきました。それはイギリスのスーザン・バーレーの書いた名作『わすれられないおくりもの』という、アナグマが主人公の話です。森の最長老格のアナグマは、知識もあり経験も豊富で、みんなからとても尊敬されていた。しかし年老いて自分はもう今夜が最期だということを自覚する。そして夜、暖炉の前で書き置きを残して眠りに入る。そうすると暗いトンネルの中をとぼとぼ歩いていく内に、いつしか杖をつかなければ歩けなかった自分が身軽になって、宙を飛ぶようにしてトンネルの遙か向こうの出口に飛んでいき、光の中に心地よく舞い上がっていったのです。翌日、アナグマをしたう村の動物たちが来ると、アナグマが冷たい亡骸になっていた。みんなショックを受けるわけです。そしてそこには「みんなさようなら。僕はトンネルの向こうへ行くよ」という書き置きがあった。やがて寂しくつらい冬がやってきて、みんな冬ごもりに入った。しかし春がやってきて、三々五々集まり誰からともなく話をすると、話題はアナグマのことになっていく。モグラ君はハサミの使い方を教わって切り絵が上手になったことを話す。カエル君はスケートを教わりフィギュアスケートが上手になったという話をする。キツネ君はネクタイの結び方を教わって、村一番のダンディーになったと自慢する。こうして話をするうちに、動物たちは心の中が温かくなり、アナグマとの楽しかった日々、教わったいろいろなことの思い出で心が満たされていくのを感じるのです。ある日モグラ君は、みんなと遊んだ丘の上に出ると、アナグマがすぐその辺にいるような気になり、空に向かって「アナグマ君ありがとう」と言うんです。そしてこの物語の最後は「聞こえたにちがいありませんよね」で終わるんです。

細谷先生がこの絵本をゆっくりと由加ちゃんと康平君に読んであげているうちに、2人とも絵本に釘付けになり、いつしか涙を流して耳を

傾けていました。読み終えて、細谷先生が「アナグマはおじいさんになって死んだけれど、もっと小さいうちに死ぬものもあるんだ。良太君はもうじきトンネルの向こう側へぬけて、自由になると思うけど、今だって、もうぐっすり眠っていて痛くも苦しくもないんだ。わかるよね」と話すと、2人とも大きくうなずいたということです。

この話を聞きまして、私は大変感銘を受けました。第1に、たとえ8才や6才であっても大事な兄弟の死、家族の死、というものを、大人が真面目から語りかけるコミュニケーションの方法をみつければ、子どもたちもしっかりと死を理解し受け入れることができ、喪失の悲しみを閉じこめることなく素直に表現することができるということです。そういう対応は、災害や事故で親や兄弟を失った子供のトラウマを解放してあげるときに大事な課題になってきます。第2に、そうしたことを理解して、絵本というすばらしいコミュニケーションの媒体を持ってくることでしっかりと語りかけをすることのできる医師はすばらしいということです。それはメディカルな行為を超えた人間的なコミュニケーションだと思うんですが、そういうことをできるドクターが増えることを願います。そういう医療者の姿勢というものは、病む人、つらい立場におかれた人との間に本当に深い心の通い合いをもたらします。この細谷先生の対応によって、幼かった康平君でも、弟の死をトラウマにすることなく、弟をずっと天使の姿で心の中に抱き続けるようになったと、のちに康平君自身が語っています。

「広角レンズの視野」を持つ

このようにメディカルな対応だけでなく、患者・家族全員を見つめて、幅広い対応を思いつくのを、私は「広角レンズの視野」を持つというキーワードで表現したいと思っています。広角レンズとは何かというと、例えばテレビ中継では、ロケットの打ち上げや野球のホームラン

ボールをテレビのカメラがしっかりとクローズアップで追いますね。これは望遠レンズで追っているんですが、単なる望遠レンズではない。みなさん望遠レンズで小鳥を撮ろうとしても、フレームの中に入れるのはなかなか難しいですね。それを逃さないで追いかけられるのは、実は広い視野を持つ広角レンズのカメラで追いかけているからなのです。広角レンズの視野の中央に対象をとらえていれば、対象が動いても視野から外へは出ませんから、すぐに対象がレンズの中央に来るように、カメラの方角を微調整すればいいわけです。そして、望遠レンズを広角レンズの中央に合わせて連動させれば、対象とをいつも望遠レンズでとらえ続けることができます。

医療者は絶えず患者の臓器や疾患をいわばクローズアップして見ているわけですが、往々にしてその周辺というか患者の生き方とか家族の気持とか、大事なものを見落としがちになる。それこそが医療者がみなければいけないもう一つの大事な要素ではないか、その中で、病気や臓器やいろんな治療というものがあるんだということです。

細谷先生が大学を出て最初に病棟で受け持った子供の死に出会ったときに詠んだ俳句があります。

〈凭られても患児のかるし初時雨〉

子供からあれほど身も心も委ねられ、そしてケアをしてあげたのに、まるで人形のように軽くなってしまった亡骸。白血病でなくなった子供のことで。窓の外には、冬の冷たい時雨が通っていた。

〈みとることなりはひとして冬の虹〉

時雨が通った後に、虹が出た。こういうふうにごういう情景を詠めるというのは、窓の外まで見ている視野の広さがあるからですね。時雨が通り虹がかかる、そういうことを見ている。そこまで見ているということは、ベットサイドにいるお母さんや家族も視野に入っているということです。

普通患者さんが亡くなりますと、そこで看取

りをし、そして死亡診断をし医局へ帰ってしまう。窓の外の時雨だの虹だのを見ている余裕がない。あるいはそういうものを視野に入れる習慣が無いといったらいいんでしょうか。だけどそういうものを視野に入れるということは、患者を取り巻く、親の悲しみとか、あの虹の橋を渡ってこの子は天国へ行ったんだろうかと思っているかもしれないお母さんの気持ちとか、そういうことまでちゃんと配慮して視野に入れているということだと思うのです。そういうことが「広角レンズの視野」を持つということなのだと思うんです。患者と会話しようとする医療者というのは、単に通常の診療の会話だけではなくて、患者・家族が何か求めてきたときに、それに真摯に対応する会話ができる、そういうことではなかろうかと思うんです。

言葉の奥にあるもの

第3の、患者の言葉の意味を深く考えようとする医療者になってほしい、とはどういうことか先程もちょっと触れましたが、患者が「もう駄目なんじゃないでしょうか」と言ったときに、その言葉には、自分がこの世から消えてしまうことに対する不安感とか、やりたいことをやれなかったことへの無念とか、遺される連れ合いの将来に対する心配とか、人それぞれに深い苦悩が含まれているんですね。そういうことまで受け止めて言葉を返すのは非常に難しいことです。精神科医やカウンセラーではない通常の診療に携わっている医師や看護婦がどう対応するのか非常に難しいと思います。言葉の深い意味を考えようとする、あるいはきちんと耳を傾ける、ということはとても大事です。医療者がだんだんベテランになってくると、自分の関心事以外、あるいは自分の専門のテーマ以外になるとあまり興味を持たなくなる。専門領域ばかり見ていると、相手の言った肝心な言葉が筒抜けになってしまう。それは日常我々がどこどこでも経験していることでして、最近では家庭において子供が話しかける言葉に親がまるで対

応しない困った傾向を描いた絵本まで描かれるようになっていきます。例をあげると、小泉吉宏さんという絵本作家がとても大事なそういう問題を『コブタの気持ちもわかってよ』（ベネッセ）という作品で描いています。学校から帰ってきたコブタくん、小学校の低学年でしょう。いじめられたとパパに話したら、パパはもっと強くなれと言う。コブタくんは訴える相手がいないので、ひとりで、強くなれる程強かったら、僕はいじめられないよ。とつぶやくだけ。今度はお母さんに今日逆上がりができたんだよ、と言ったけれど、台所のお母さんは振り向きもしないで家事に熱中している。コブタくんは、孤独に、逆上がりができたのにとつぶやくだけ。パパとママがけんかしている。ぼくのせいかなあ。とぼくは小さくなっている。ぼくはどこにいればいいんだろう。居場所がないよ。コブタくんは腹痛をおこしてしまう。もうこれは心身症ですね。こういう疎外された状態に患者さんを追い込んではいけません。最近、傾聴ボランティアという活動が一部で始まっています。末期ガンや難病で寝たきりになったりして孤独な病む人の内にこもったもの、それをしっかりと側にいて耳を傾け、聞いてあげる。1回に1時間くらいずつ、何回も訪ねては聴き役をします。意見を言ったり助言をしたりするのはなく、ただ聴くだけ。大事なポイントは「〇〇だったんですね。大変だったんですね」とか「よかったですね」と繰り返してあげることで、病む人の足跡に共感してあげる。そうすると、その人は、自分の人生をおさらいし、これが自分の人生だったのだと納得し、不思議なことに死まで受け入れられるようになることが少なくない。それは一種の癒しのボランティア活動と言えます。それはもちろん専門的な聞く訓練を必要とします。

ともあれ患者の内面の葛藤を聞き出すということは、待つということに等しいと言われます。末期患者への対応に限らず、病気で悩む患者に耳を傾けること、患者が苦悩を言語化していくプロセスを大事にしてあげるということの重要

性について、医療者は知る必要があると思います。

人生の輝く最終章のために

第4の、患者が人生の中で大事にしているものに気付こうとする医療者になってほしいということについて、患者の内面の葛藤を言語化するということはとても難しいことについては、今話したとおりですが、内面に葛藤を引き起こすストレスの中で、とくに重要なものは、これだけはやりとげたいと思っていることを病気のためにできないでいるという状況です。患者が人生の中で大事にしているそういうものに気付くことの大切さについて、エピソードを紹介したいと思います。一つは私が家族的におつき合っていた札幌の池本透さんの進行ガンとわかってからの生き方です。池本さんは若い頃から市役所に勤めながら、合唱団響友会の指揮をしておられた方です。2年前になりますが、春5月に肺ガンが突然わかりました。左肺の小細胞性ガンがすでに進行していて、胸の縦郭や首のリンパ節に転移したガンもかなり大きくなっていました。医療者は肺ガンとは言ったものの、進行度や治療の期待値などについては、十分な説明をしないまま積極的な治療もしていませんでした。7月になって私は状況を知り、かけつけました。そしてご家族と医療者を交えまして、池本さんにとって今何が必要なのかということと相談しました。池本さんはその年10月25日に長年指揮をしてきた響友会の50周年記念コンサートで指揮をすることになっていて、練習に入っていました。その矢先にガンとわかったのです。しかし、池本さんはなんとしても自分は舞台上に立ち記念コンサートを成功させたいと考えていました。私が札幌に行ったのは7月ですから、コンサートまで3カ月しかないという切羽詰まった段階になっていました。転移巣が膨らんでいく中で、舞台上に立つことができるかどうか厳しい状況でした。私は池本さんが10月25日に舞台上に立てるコンディションを維持するのを目標に

して積極的に治療をすることを提案しました。転移巣が大きくなると、手のしびれや呼吸困難が生じるおそれが大きいので、それを抑えることが当面の課題だと提案したのです。もちろん原発巣を抑えることも重要です。そこで塩酸イリノテカンとシスプラチンを使うことにしました。小細胞癌だったので、よく反応しまして、手のしびれとか、呼吸困難が起こるのを防いで、見事に10月25日まで体力を維持することができました。それまでの間、毎週2回夜、病院から抜け出して指揮の練習を汗だくになって帰ってきました。出かける時は37度以上の熱があったのに帰ってくると36度台に下がるという不思議な現象が続き、食欲も全くおちませんでした。強い抗ガン剤を使ったのに副作用がほとんどでませんでした。骨髄抑制も10月初旬の1度だけを除いて起こりませんでした。そして10月25日見事に指揮台に立たれました。響友会のメンバーだけでなくOBたちまでが、池本さんの病気を知って駆けつけ、壇上には150人もの人々が並んで、前半は懐かしい合唱曲の小品を次々に歌いました。池本さんは壇上に立つともう癌の末期とは思えないようなエネルギーを発揮しました。酸素ボンベを足元に置き、その前に花のブランターを置いて隠して、鼻からチューブを入れて酸素を吸いながらでした。椅子を用意していましたが、一回も座りませんでした。後半は正規の団員だけで、シューベルトのミサ曲第6番を50分かけて歌い上げました。合唱が終わったとき、拍手が鳴り響く中、池本さんは聴衆に向かって晴れやかな表情でおじぎをしました。そのすがすがしい姿に、私は感動しました。この日は池本さんにとり、人生の最良の日だったのではないかと感じました。

しかし、池本さんはその後病状が悪化して、残念ながら翌月11月下旬に旅立ちました。こういう対応の仕方を振り返りますと、何のためのガン治療か、何のための緩和ケアかという問題の核心が見えてきます。その人の人生にとって残り少ない中で今行おうとする治療やケアがどういう意味を持ち、どういう目的を達成するた

めのものなのかを考える必要があるということです。

喜びに言葉を失うとき

もう一つエピソードを紹介いたします。これはもう10年以上前になりますが、東大病院放射線科に入院しておられた長谷川聡子（としこ）さんという59歳の女性の「生と死」の物語です。

長谷川さんは10年前以来ずっと乳ガンの闘病生活をされておられましたが、とうとうこの年再発したガンが進行し、もう回復は期待できない病状の中で、入院して放射線と抗癌剤でぐったりとなってうつ状態になっておりました。それを見た教授が、休日に病室を訪れて、じっくりと話を聞きました。そして今一番心を沈ませるものは何なのか、思い残しになるものは何なのか、今一番したいことは何なのかを尋ねましたら、自分が最後に完成させたいのは『女人石の仏』という写真集だという。長谷川さんは団体職員として勤めのかたわら、石仏写真を撮るのを生き甲斐にしていた、すでに写真集を2冊出していました。そして3冊目は野辺の石仏に彫りこまれた女性の喜びや悲しみをとらえた『女人石の仏』というタイトルの写真集にする予定で、撮影も編集も9割方進んだところで、再発入院となってしまった。それを完成しないでは死ぬに死ねない。しかしこんなに副作用が強くては、写真集を仕上げるができない、それが辛いのです、とおっしゃった。

そこで教授が「じゃあその写真集を完成するまで3週間治療を中断しましょう。自宅に帰って仕上げなさい」と言ったら、ものすごく喜んで顔を輝かせ、身の周りに持ってきていた、写真の紙焼きや書きかけのエッセイやそんなものを紙袋にまとめてマンションに帰りました。彼女は2週間でまた倒れてしまいましたが、かなり作業が進行し、残った仕事については教授が病院の中から古机を探してきて、面会室の片隅に置いて、「最後の仕事は調子のいいときにあそこでなさい」と言ってあげたのです。長谷川

さんはそこでとうとう写真集の編集とそれに添えるエッセイを仕上げた。その写真集の中の作品は、自然光の中で野辺の母子観音像やほほえましい夫婦道祖神や赤ん坊に乳を含ませるマリア観音像などをやわらかく撮っています。女性の生きていくことの喜びや悲しみやつらさ、そういったものを見事に表現しています。そして、最後のページには、雪の残る峠に立つ十一面観音を撮ったモノクロ写真を飾っていました。長谷川さんは息子さんがひとりいたんですが、離婚のときご主人の方に子供をとられてしまって、非常に孤独な人生をおくっておられた。母親として最後まで育てきれなかったことに対する悔い、そして息子の人生の平安を祈る気持ちをこの最後の写真にこめたのだとおっしゃっていました。この写真に添えたエッセイには、この観音様を見ると旅立つわが子の安全を祈る姿に見えて仕方がないと記しております。自分の心の中にあるものを写真で表現したんだろうと思います。

この写真集は青娥書房という出版社のはからいでわずか1年余りで製本されました。長谷川さんはそのあとがきに、こう書いています。「教授はこの写真集のために治療をやめましようと言ってくださった。私は喜びに言葉を失った」と。最先端の治療に全力をあげますというのなら、患者が喜ぶのは当然ですが、ケースによっては治療をやめることが、「喜びに言葉を失った」と書かせるほど重要な場合もあるということを、このエピソードは教えてくれます。それはまさに患者の Quality of life の個別性の問題に関わることではないかと思います。

心の中のガラス玉

人はそれぞれに自分の人生が終わりに近づいた時、人生最後の生き方なりなし遂げたいことをどういうふうに自分が納得できる形で手にできるか、それが非常に重要なんですね。それが先ほどの Quality of life の問題の核心にふれることでもあると思うんです。

皆さん若い頃に中原中也の『在りし日の歌』という詩集をお読みにになったかと思いますが、その中に「月夜の浜辺」という詩があります。

〈月夜の晩に、ボタンが一つ／波打ち際に落ちてゐた。／それを拾って、役立てようと／僕は思ったわけではないが／なぜだかそれを捨ててに忍びず／僕はそれを、袂に入れた。

(中略)／月夜の晩に、拾ったボタンは／指先に沁み、心に沁みた。／月夜の晩に、拾ったボタンは／どうしてそれが、捨てられようか？〉

これは中也が自分の愛する子、文也を2歳で小児結核で亡くした直後に、非常にノイローゼ状態になっている中で詠んだ詩です。自分が絶対に失いたくない大事なものを、それを失ったけれど、しかしその魂、愛する文也の魂はどうして忘れられようか、そういう思いを詠っているわけです。月夜の晩に浜辺の波打ち際に拾ったボタン、それはかけがえのない大事なもののメタファーつまり暗喩として表現しているわけです。

人間だれでも子供の頃にポケットに入れていたきれいな色のガラス玉とかきれいな小石とか、なにか小さいそういう大事なものを持っているんですね。それと同じように、人間誰しも人生の中で何か大事なものをひそかに持っている。それが何であるかは人によって違います。人それぞれに心の中に様々な色のガラス玉を持っている。それが人生最後の時に、これだけはやっておきたいという形で意識され、それがとても大事な意味を持つてくるのです。それはどんなに小さいことでもいい。自分の愛した鉢植えの花に最後まで水をやりたいという人もいる。故郷の山をもう一度見たいとか、好きだった馬にもう一度乗りたいとか、他人には小さいことに見えても、本人にはとても大きな意味がある。それを成し遂げることによって、自分の人生に納得し、死を受け入れられるようになるということがあられるわけです。患者の大事なものに気付こうとする、というのはそこなんです。それは先程言ったように、患者との会話の中で浮か

び上がってくるものですから、それを医療者がしっかりと理解しなければならない。そうすることによって、今なすべき医療行為は何を優先しなければいけないのかが見えてくる。その象徴的なエピソードとして、池本透さんと長谷川聰子さんの例をあげたわけです。

人間像の見える医療記録を

第5の、患者の人間像をとらえて記録に記す医療者になってほしいとは、どういう課題か。聖路加国際病院名誉院長の日野原重明先生から教えていただいた事例ですが、心不全を起こしてしばしば駆けこんでくる中年の女性患者Sさんの話です。Sさんは長年リウマチを患っていて、合併症として心不全を起こすのです。担当医や救命センターの医師は、その都度、心電図をとり薬を出して帰すということを繰り返していました。あるとき、日野原先生が外来で診療をしていると、Sさんが心不全を起こしてやってきた。カルテを見ると、Sさんは頻繁に心不全を起こしている。そこで日野原先生は、Sさんの日常生活を詳しく聞きました。すると、Sさんはエレベーターのない鉄筋マンションの5階に住んでいて、朝ごみ出しに出るにしても、昼間買い物に出かけるにしても、階段の上り下りで息が切れる思いをしていることがわかりました。日野原先生は、そういう生活では命にかかわるから、エレベーターのあるマンションか1階の住宅に移るようにと、Sさんにすすめました。幸いSさんのご主人も理解して、間もなく転居しました。それからは、Sさんは心不全で救急車を呼ぶことがほとんどなくなったということです。必要だったのは、薬よりも生活の変更だったのです。

このように、患者の生活像をしっかりととらえるということは、とくに慢性疾患や生活習慣病の患者の診療においては、基本的に必要なことなのですが、最近は検査データにばかり目を向けて、そういう生活像、人間像を把握することがおろそかになりがちです。診療における問

診の重要性を忘れてはいけません。

また、患者の人間像は、患者自身の言葉や態度、さらに家族関係などによって見えてくるものです。患者との会話の中で出てきた一寸した言葉でも、それが患者の悩みやかかえている問題を表現しているときには、それをカルテや看護記録も、診断データや治療内容や処置内容といった客観的なことしか書かない傾向にあります。だから、カルテや看護記録を見ても、患者がどんな人間像の人で、どんな気持ちで闘病し、どんな問題をかかえているのかといったことは何も見えてこない、生きた人間としての姿が立ち上がってこない。それでいいのだろうかと思ってしまうのです。あえて言うなら、医療者は患者の人間像を見ようとしていないということではないでしょうか。患者の人間像にかかわること、悩んでいることを書こうとしてみてください。書けそうで書けないものです。今日患者はどんなことに喜んだとか、どんなことに苦情を言ったとか、見舞いの家族とけんかをしたとか、人生観についてこういう言葉で話したといったことを、簡潔でいいから、カルテや看護記録に記録する習慣を職場に定着させたなら、医療者ひとりひとりの患者を見る眼、患者との接し方が豊かになるでしょうし、別の医師や看護婦が担当するときに、患者への接し方がスムーズになるでしょう。人間像というものは感じただけではとらえたことにならない。記録してみる、表現してみることによって、はじめてとらえることができるのです。患者の大事な言葉や行為を記録する習慣がつくと、それはその病院なり病棟のいわば文化の質を高めることにつながるはずです。

「癒しの環境」という視点

第6の、患者・家族を支援する周辺システムの考えとは、どういうことなのか。最近私は、病院に患者図書室を設けることを提案しています。全国各地を見ると、一部の総合病院や大学病院が患者図書室を開きました、例えば、徳島

大学医学部付属病院は2000年1月に患者図書館を開設しました。入院患者や家族が、病気について詳しく知るための本や、心を癒したり人生について考えたりするエッセイ、小説、詩歌集、絵本などを1000冊以上備えて、ボランティアの人たちが貸し出し係をしています。私も200冊近く寄贈させていただきました。とてもよく利用されています。「心の支えになりました」とか「いのちについて考えるよい機会になりました」といった声が聞かれます。病院の中にこういう図書館があると、医療者側にとっても、患者・家族が求めている情報について、図書館の本を紹介することができますし、医学生が患者志向の意識を持つようになるのを助けることにもなります。

私はまた、癒しの環境研究会の活動にも参加しています。病院や福祉施設には建物のあり方から、病室の間取り、廊下の案内、壁の利用の仕方、トイレの臭いと音、絵など目をやすめるもの、色調など、実に様々な問題があります。それらをどのようにしていけば、患者にとってよりよい闘病環境になるのかを研究している会です。当然、経費のからむ問題が多いですが、経費がなくてもできるものも多い。大事なことは、自分が患者になったとき、これで我慢ができるか、どうあってほしいかという視点と発想を持つことです。そして、この問題を分析していくと、医療スタッフのあり方や言葉が極めて重要な環境の要件であることがわかってきます。

患者・家族を支援する周辺システムというのは、多岐にわたりますが、医療者はそういう問題に関心を向けてほしいということを申し上げます。

「私の代表作」という意識を

さて、いろいろと注文めいたことを述べてきましたが、最後に全体としてまとめたいことは、これからの医療は科学技術に支えられた部分でものすごく進むと思います。いろんな意味で治療法も新しくなるでしょうし、救命もすばらし

くなるでしょうし、あるいは障害を残す度合いも少なくなるような方法も考えられるでしょう。それは期待するところが大きいです。それだけにこれからの若い世代は勉強することがたくさんあると思います。遺伝子レベルのこと、分子レベルのこと、これまでよりはるかに専門的な学習をしなければならない。そういう意味でこれからの医療者というものは優れて医学の専門家にならなければいけない。また看護職に就く人も同じように看護学の専門家にならなければならない。薬剤師は薬理学の専門家にならなければならない。しかし同時にもう一つ、病む人間を理解する専門家になってほしい、ということ意識してほしいのです。それを大事な問題としてこれから学部教育の場でも卒後、研修の場でも、あるいは臨床の場でも、しっかりと大事にしてほしいと思うのです。

人間というものは生物的な新陳代謝をするだけの存在ではなくて、精神活動をし、感情をもって生きている存在です。そここのところを見つめて病む人間を理解することのできる専門家になってほしいと思うわけです。それはひとりひとりの患者の個性性に関わることですから、とても大変なことです。忙しい時間の中でとてもそれはできないと言えばそれまでなんですけれど、せめてその志を持ってほしい。そして、せめて年に1人ぐらい、私はこの患者とこうつき合った、この患者にこういうケアができた、こういうふう支援することができた、一つでいいです、「今年の私の代表作」というべきものを持つならば、おそらくその医療者は心の中に何か豊かに膨らむものを持って仕事に向かうことができるようになり、次の年はそういう例を2人持つことができるかも知れない。そういう年月を過ごすならば、医療者の生き甲斐とは何なのか、医療とは何のためなのかについて、とても大事なものをつかむことができるようになると思います。

よく医学教育の中で先輩はこういうことを言います。「学会で発表できるような臨床例を探せ、こんな新しい病気を発見したとか、こんな

治療法によって治すことができたとか、そういう臨床例を探せ」と。もちろんそれは医学の発展のために大事です。しかしもう一つ、「こういう患者とこんないいおつき合いができたという臨床例」もぜひ持って欲しい。それが病む人間を理解する専門家になってほしいということの具体的な実践なんですね。ある病院では、「私がかかわった患者」というカンファレンスを定期的に開いています。これはすばらしいことだと思います。特に亡くなっていく患者さんとの関わりは難しいです。そういうときにどうするか、ドクターなりナースなりがそういう経験を話し合う、そうすると他の人もそれを聞いて、「ああ自分もそうできたらいいな」ということを思ったりして、その職場全体の文化が変わっていくんだと思います。

長時間にわたり、ご静聴ありがとうございました。